

--	--

Data de acreditación en Xunta Directiva

Número de socio/a

A cumprimentar pola ATFM de Galicia

SOLICITUDE DE ACREDITACIÓN COMO COLABORADOR/A DOCENTE

APELIDOS:				
NOME:			DNI/NIE:	
ENDEREZO:			CP:	
LOCALIDADE:			PROVINCIA:	
CONTACTO:	<i>Móbil</i>	<i>Fixo</i>	<i>Email(s)</i>	
TRABALLO:	<i>Lugar de traballo relacionado coa Terapia Familiar.</i>			
ENDEREZO:			CP:	
LOCALIDADE:			PROVINCIA:	
CONTACTO:	<i>Móbil</i>	<i>Fixo</i>	<i>Páxina web</i>	
EMAIL:			¿Desexa estar no directorio da páxina web?	
				<i>Só no caso de gabinetes privados.</i>

REQUISITOS:

- *Estar acreditado/a como Terapeuta Familiar.*
- *Ter experiencia clínica ou de intervención familiar.*
- *Presentar certificación expedida por centro docente acreditado pola FEATF.*

Documentación para achegar

DATA

Título ou certificado de Terapeuta Familiar		
Certificado do centro docente	Nome do centro docente	
DATA DA SINATURA	ASINO DECLARANDO A VERACIDADE DOS DATOS ARRIBA RELACIONADOS	

"En cumprimento do establecido na Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal, informámoslle que os datos que nos facilite pasarán a formar parte dun ficheiro propiedade da ASOCIACIÓN DE TERAPIA FAMILIAR E MEDIACIÓN DE GALICIA para acadar unha mellor xestión na relación. Asemade, informámoslle que pode exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición na Rúa de Amio 114, 15707 Santiago de Compostela,, indicando a referencia LOPD".